LA CONTRACEPTION CHEZ LES ADOS

MONS 2015
Dr DEHON.S
CHU Marie curie

Particularité de la prescription et conseil chez l'adolescente

- L'ado sera reçue de préférence sans les parents (si pas prévoir temps de consulte uniquement avec elle)
- l'entretien est confidentiel

- la démarche d’accompagnement doit être adapté à l’âge et aux besoins:
  - Engager le dialogue en évitant d’être intrusif
  - habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, ses inquiétudes
  - Évoquer avec l’adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur le sujet
  - antécédents personnels ou familiaux

prendre en compte les comportements à risque

- addictions tabac, alcool, drogues
- dépression, mauvaise estime de soi
- difficultés scolaires, manque de soutien familial, niveau d’éducation et milieu social
- évaluer la possibilité de contrainte ou violence dans les relations sexuelles.

L’examen gynécologique peut être différé

- examen général, taille, indice de masse corporelle
- tension artérielle
- importance et localisation de l’acné, pilosité.
- L’examen gynécologique n’est pas nécessaire lors de la 1re consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant.
- Il peut être expliqué lors du 1er entretien et programmé pour une consultation ultérieure.

L’information à délivrer

- Informer sur les différentes méthodes contraceptives disponibles

- mode d’emploi, efficacité,contre-indications, risques et effets indésirables possibles, coût, remboursement...

Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescentes concernant

- la prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule oestroprogestative,
- l’acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale
- le retour de la fertilité
- l’impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule, risque de trouble des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.
- MST, préservatif

Contraception d'urgence

- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif

- la gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou en centre de planning de la contraception d'urgence au lévonorgestrel.

Méthodes utilisables

- Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida.

- Les méthodes ci-après sont présentées dans l’ordre adopté par l’Organisation mondiale de la santé (OMS).

Méthodes hormonales - Oestroprogestatives

Pilule

JE VOUDRAIS UN P'TIT QUELQUE CHOSE .. DISONS .. ROMEO ET JULIETTE ... LES PAPILLONS TOUT ÇA " CRIC-CRAC ET SANS ÊTRE MAMAN TOUT DE SUITE ENFIN SI ÇA EXISTE
LA PILULE ?

Patch

J... Je sais, ça!
LE PATCH PEUT SE COLLER
PARTOUT SAUF SUR LA POITRINE!
BZZZZ!!!

anneau vaginal

informations aux adolescentes assurance de leur bonne compréhension concernant :

- les différentes modalités d’instauration et d’utilisation EP selon leur voie d’administration : pour la voie orale, prise quotidienne, toujours au même moment de la journée. Trouver avec l’adolescente les moyens d’une bonne observance (sonnerie sur le téléphone portable, etc.)

- CAT en cas d’oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d’un patch ou d’un anneau, décollement de patch ou de perte de l’anneau vaginal) et sur la contraception d’urgence
- l’efficacité contraceptive de ces méthodes
- leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.)
- le risque de diminution d’efficacité : dia+, V+ ou d’association à certains médicaments (millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine,..

- Les EP sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de CI:
  - thromboembolique veineux ou artériel
  - hépatique, carcinologique
- en prenant en compte les facteurs de risque
  - thrombose (atcd personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle)
  - thrombophilie biologique connue
  - immobilisation prolongée, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine

CI aux EP

- ABSOLUES :
- la notion d'une thrombophilie :
  - syndrome des antiphospholipides, LED, mutation des facteurs V leiden, déficits AT III, Protéine S, Protéine C,
- la migraine avec signes neurologiques focaux (aura) ou qui s'aggrave sous œstroprogestatifs
- diabète mal équilibré avec complications vasculaires (microangiopathies à l'adolescence)
- cardiopathie thrombogène
- HTA mal contrôlée
- Hypercholeterolemie >3g.
- Porphyrie

- RELATIVES:
  - migraine apparue sous pilule
  - HTA traitée
  - l’obésité (IMC > 30 kg/m2)
  - le tabagisme sévère (plus de 15 cigarettes par jour selon l’ANAES)
    - Pas isolément des CI absolues. Par contre, l’association de 2 de ces 3 éléments conduira à envisager une autre méthode contraceptive.

- PRUDENCE :
- ATCD familiaux <50 ans ou ATCD personnels d’accidents thromboemboliques artériels et veineux profonds
- suspicion de thrombophilie constitutionnelle, même si le bilan d’hémostase ne retrouve aucune anomalie (on ne les connaît sans doute pas encore toutes): l’avis d’un spécialiste de l’hémostase est alors incontournable

pour info

- Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule
- 2/10 000 chez les utilisatrices d’oestroprogestatifs à base de lévonorgestrel,
- 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d’oestroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3e génération) ou à base de drospirénone
- 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

- pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel

- implant à l'étonogestrel - méthode de longue durée d'action 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Pour ado ayant des problèmes d'observance. Prévenir risque de trouble menstruel (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif

- injections d'acétate de médroxyprogestérone (3 mois) : indication limitée : utilisation impossible d'autres méthodes contraceptives (risques potentiels TVP, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), utilisation doit être limitée dans le temps.

Dispositifs intra-utérins (DIU) cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

- Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/nulligestes).
- Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indication (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhea avant la pose).

informations sur:

- l’efficacité contraceptive de ces méthodes.
- leur longue durée d’action
- leurs risques potentiels (risque d’expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]
- l’impact du DIU sur les cycles (règles plus abondantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG)
- la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares
- consultation de 1 à 3 mois après la pose puis 1/an ainsi qu’en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

préservatif féminin

- Enfoncer le préservatif féminin dans le vagin comme un tampon le plus loin possible, et le pousser encore jusqu'au contact du col de l'utérus
- Une partie du préservatif déborde a l'extérieur ; la bague extérieure s'aplatira contre vous lorsque le partenaire introduit son pénis
- Bien guider le pénis à l'intérieur du préservatif
- Il faut retirer le préservatif avant que le sperme ne risque de s'écouler : tirer doucement en faisant tourner l'anneau extérieur

diaphragme+spermicide

- Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU.
- Elles nécessitent :
  - motivation des deux partenaires
  - Bonne compréhension de leur utilisation après un apprentissage spécifique
  - elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.
- Néanmoins, le risque d’échec est plus élevé chez les jeunes.

pratiquement

- 1ère intention: pilule remboursée Ethynilestradiol (EE) + progestatif 2ème génération 20-30 microGr (Levonorgestrel)
- EE + 3 ème génération (gestodene, desogestrel)
- EE + 4ème génération (drospirenone, dienogest, chlormadinone)
- la méthode quick start: début le jour de la consulte avec efficacité au 8ème J (mais protection toute plaquette)
- PILULE + Préservatif : the best

- 2ème intention:
- Stérilet
- EP locaux: anneau, patch : - prix! patch déconseillé > 90kg
- Implan: si institution, mauvaise compliance , handicap (attention >90kg, durée)
- microprogestatif si CI EP, prise continue

- Examen clinique TA et poids (BMI)
- +/- bilan sanguin (chol, TG, Glycémie, coag) pas obligatoire avant commencer contraception (sauf ATCD) mais 3-6 mois après
- +/- examen gyneco (si rapports)

surveillance: revoir à court terme

- 1-3 mois: observance, oublis, EII, …
- spotting (oublis? trop peu dosée?)
- prise de poids : alimentation?
- seins, mastodynie: diminuer EE
- acné
- migraines

	act androgénique	anti-androgénique	anti-mineralocorticoide	glucocorticoide
drospirénone	-	+	+	-
levonorgestrel	+	-	-	-
acetate cyproterone	-	+	-	(+)
norgsetimate	+	-	-	-
gestodene	(+)	-	(+)	-
desorgestrel	(+)	-	-	-

Efficacité des méthodes de contraception*

TRÈS EFFICACE

Moins de 1 grossesse sur 100 femmes par an

6 à 12 grossesses sur 100 femmes par an

18 grossesses ou plus sur 100 femmes par an

PEU EFFICACE

REVERSIBLE

Une fois en place, peu ou plus rien à faire ou à se souvenir.

Systèmes Intra-Utérins

Hormonal 3 ans
0,33% - *0,33%*
Hormonal 5 ans
0,2% - *0,2%*
Au cuivre
0,8% - *0,6%*

Implant

0,05%
0,05%

STERILISATION PERMANENTE

Après la procédure, peu ou plus rien à faire ou à se souvenir. Utiliser une autre méthode pendant les 3 premiers mois qui suivent (vasectomie, hystéroscopie).

Femme
(abdominale, laparoscopique et hystéroscopique)

0,05%
0,05%

Homme
(vasectomie)

0,15%
0,10%

REVERSIBLE

Renouvelez l'injection à temps.

Injectable

6%
0,2%

Prenez une pilule tous les jours.

Pilules

9%
0,3%

Gardez-le en place, changez-le à temps.

Patch

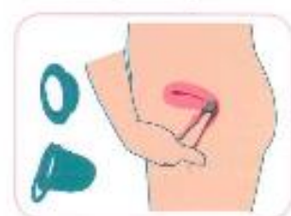
9%
0,3%

Anneau

9%
0,3%

Utilisez-le correctement à chaque rapport.

Diaphragme



12%
6%

REVERSIBLE

Utilisez-les correctement à chaque rapport.

Préservatif masculin

18%
2%

Préservatif féminin

21%
5%

Un préservatif devrait toujours être utilisé pour réduire le risque de maladies sexuellement transmissibles

Retrait

22%
4%

Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité

Abstenez-vous ou utilisez un préservatif les jours de fertilité

24%
3 à 4%

Eponge

12% - *9%*
Femmes sans enfants
24% - *20%*
Femmes avec enfant(s)

Spermicide

28%
18%

* Les pourcentages indiquent le nombre de grossesses non désirées sur 100 femmes par an pour un usage correct (en italic) ou un usage incorrect (en gras). (J. Trussell, Contraception 2011)

les mots de la fin

- Le principal obstacle à la compliance de l'adolescent : L 'ADOLESCENCE
  - Incapacité d'anticipation
    - sentiment « infertilité »
    - pensée magique « ça ne peut pas m'arriver à moi! » , invulnérable
- = Obstacles utilisation adéquates COP